

Syddansk Universitet

Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge- og komplekse multisyge patienter

Saaby, Morten; Kongstad, Line Planck; Lydiksen, Nis Vestergård; Engel-Andreasen, Christopher; Rose Olsen, Kim

Publication date:
2017

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for pulished version (APA):
Saaby, M., Kongstad, L. P., Lydiksen, N. V., Engel-Andreasen, C., & Rose Olsen, K. (2017).
Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge- og komplekse multisyge patienter. Syddansk Universitet.
COHERE Rapport

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Morten Saaby, Line Planck Kongstad, Nis Vestergaard Lydixen, Christopher Engel-Andreasen, Kim Rose Olsen

Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge patienter

Forord

Denne rapport er udarbejdet i forbindelse med et projekt med finansiering fra Danske Regioner, som blev igangsat i 2013. Projektet var oprindeligt tilrettelagt med henblik på en opgørelse af multisygdom blandt diabetespatienter baseret på data fra Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD). Da folketinget vedtog at lukke DAMD blev analyser og data slettet, og det blev besluttet, at analyserne skulle genskabes med data baseret på RUKS-algoritmerne. Dette arbejde er nu tilendebragt, og resultaterne kan læses i denne rapport.

Analyserne er inspireret af et projekt, der blev gennemført i South Somerset, England (Kasteridis, Panos, et al 2014). Somerset-projektet fokuserer på hvilket ressourcetræk patienter med flere kroniske sygdomme har i både sundheds- og socialektoren. Et af resultaterne i den engelske analyse er, at omkostningerne i sundheds- og socialektoren i højere grad er drevet af multisygdom end af f.eks. alder og køn. For diabetespatienter viser Somerset-rapporten, at omkostningerne i primærsektoren stiger støt, jo flere kroniske sygdomme en diabetespatient har, men samtidig at omkostningerne til hospitalsindlæggelser stiger nærmest eksponentielt med graden af multisygdom. Det betyder på den ene side, at multisyge patienter fylder meget i både den primære- og den sekundære sektor, men også at der måske er et potentiale i primær forebyggelse, såfremt der tages endnu mere hånd om de multisyge i den primære sundhedssektor.

I denne rapport ser vi nærmere på gruppen af *komplekst* multisyge borgere og på ulighed. Med komplekst multisyge menes multisyge, som også har udfordringer, der kan komplicere det at have en kronisk sygdom – f.eks. sociale udfordringer eller psykosociale udfordringer. Med denne definition vil vi gerne

skabe øget fokus på at multisygdom kan være forbundet med sociale problemer og at sociale problemer kan være forbundet med kronisk- og multisygdom.

Kim Rose Olsen

Lektor, Analysechef COHERE Analyse

COHERE

1 Sammenfatning

I denne rapport benyttes registerdata til at opgøre de sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge borgere. Der findes ingen fast registerbaseret definition på multisygdom eller på kompleks multisygdom. I denne rapport defineres multisyge som patienter med mindst to kroniske sygdomme, der optræder i Sundhedsdatastyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). Komplekst multisyge defineres som multisyge, der er på kontanthjælp eller førtidspension, eller multisyge, som ved siden af deres multisygdom har problemer relateret til angst og depression.

Ca. hver femte dansker over 18 år har en kronisk sygdom og ca. 3 % har mere end én kronisk sygdom – altså multisygdom. Halvdelen af disse multisyge patienter er komplekse, forstået på den måde, at de ved siden af deres multisygdom har udfordringer af social eller psykisk karakter.

Tilsammen står de ca. 120.000 multisyge for godt 10 % af de samlede sundhedsomkostninger, for 18+ årige, mens de ca. 60.000 komplekst multisyge patienter (1,5 % af de 18+ årige) står for godt 6 %. Jo flere kroniske sygdomme man har, des større er risikoen også at have komplekse problemer.

At have én kronisk sygdom og samtidig have komplekse problemer er næsten lige så ressourcekrævende som at være multisyg. Således koster komplekse patienter med mindst én kronisk sygdom ca. 54.000 kr. om året, mens dette beløb for multisyge (mindst to kroniske sygdomme) er 69.000 kr.

Flere KOL- end diabetespatienter er multisyge (36 % mod 26 %) og næsten dobbelt så mange KOL-patienter er komplekst multisyge (19 % mod 11 %). KOL-patienter, der ikke har andre kroniske sygdomme, er en smule dyrere end ikke-multisyge diabetespatienter, men multisyge KOL- og diabetespatienter trækker stort set de samme sundhedsudgifter.

Multisygdom er ulige fordelt i samfundet. En person i bunden af indkomstfordelingen har langt større sandsynlighed for at være multisyg sammenlignet med en jævnaldrende i toppen af indkomstfordelingen. 4,9 % af de 60-årige i den nederste indkomstkvartil har mindst to kroniske sygdomme sammenlignet med 1,6 % i den øverste kvartil. Samtidig med at flere med lav indkomst oplever multisygdom forholder, det sig også sådan, at multisyge med lav indkomst har langt lavere forbrug af sundhedsydelser end multisyge med høj indkomst. For gruppen af multisyge gælder altså, at ressourcerne er uforholdsmæssigt fordelt til personer i toppen af indkomstfordelingen. Tendensen er stærkere, jo flere kroniske sygdomme den multisyge har.

Opdeler man forbruget af sundhedsydelser på sektorer, viser det sig, at almen læge og hospitalsindlæggelser i større grad bliver brugt af personer lavest i indkomstfordelingen, imens specialistbesøg og ambulante hospitalsbesøg er uforholdsmæssigt fordelt til personer i toppen. Fælles for de forskellige sundhedsydelser er, at de i større grad fordeles til rigere personer, når man ser på en gruppe med flere kroniske sygdomme.

Indhold

1	Sammenfatning	3
2	Introduktion	6
3	Multisyge og komplekst multisyge	9
4	Multisyge KOL- og diabetespatienter	14
5	Social ulighed i multisygdom	17
6	Referencer	21
7	Bilag	22

2 Introduktion

Multisygdom er blevet et begreb, som bruges igen og igen i debatten om organisering af fremtidens nære sundhedsvæsen. Men i virkeligheden ved vi ikke særlig meget om de multisyge, hvilket ressourceforbrug de har, eller om primær forebyggelse i væsentlig grad kan reducere det samlede ressourcetræk. Vi ved heller ikke særlig meget om deres sociale karakteristika.

En af årsagerne er, at de multisyge patienter er svære at definere. Statens Serum Institut (SSI) har i 2015 udgivet en række rapporter, hvor der benyttes registerbaserede algoritmer til at definere kronisk sygdom og multisygdom. Rapporterne giver en række vigtige informationer om de multisyge:

- Mens ca. hver femte dansker over 18 år har en kronisk sygdom, så lider ca. 3 % af danskerne over 18 år af mere end én kronisk sygdom – altså multisygdom (SSI 2015a).
- En tredjedel (omkring 40.000) af de multisyge er i den arbejdsdygtige alder og af dem er kun hver tredje i beskæftigelse. Næsten halvdelen af dem, der ikke er i beskæftigelse, er på førtidspension (SSI 2015b).
- De gennemsnitlige årlige sundhedsrelaterede meromkostninger forbundet med at gå fra én til to eller fra to til tre kroniske sygdomme er på 38.000 kr (SSI 2015c).

I denne rapport ser vi nærmere på gruppen af *komplekst* multisyge borgere og på ulighed. Med komplekst multisyge menes multisyge, som også har udfordringer, der kan komplicere det at have en kronisk sygdom – f.eks. sociale udfordringer eller psykosociale udfordringer.

Traditionelt defineres multisygdom som forekomsten af mindst to kroniske sygdomme. De kroniske sygdomme, som anvendes i dette notat, baserer sig på den reviderede algoritme til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), hvor personer med kronisk sygdom identificeres ved hjælp af nationale sundhedsregistre. Følgende kroniske sygdomme indgår i RUKS:

- Diabetes.
- Leddegigt.
- KOL.
- Astma.
- Knogleskørhed.
- Demens.
- Skizofreni.

Analysen omfatter alle borgere på 18 år og derover, som ved indgangen til 2014 havde mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme. I dette notat fokuseres der alene på disse udvalgte kroniske sygdomme. Det udelukker ikke, at personer, som ikke har en af de udvalgte kroniske sygdomme kan have andre sygdomme. Det er desuden værd, at bemærke at personer, som ikke har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller her indløst en recept på medicin mod deres sygdom, ikke indgår i analysen.

Som et mål for patienternes kompleksitet kombineres informationen om forekomsten af multisygdom med information om personernes socioøkonomiske status (kontanthjælpsmodtager eller førtidspensionist) samt om de har modtaget medicin mod angst eller depression.

Da diabetes og KOL-patienter har særlig fokus i de nationale sundhedsmål ser vi specifikt på multisyge og komplekse diabetikere og KOL-patienter isoleret (Regeringen, KL og DR 2016).

Vores rapport er inspireret af et projekt, der blev gennemført i South Somerset, England (Kasteridis, Panos, et al. 2014) Somerset-projektet fokuserer på, hvilket ressourcetræk patienter med flere kroniske sygdomme har i både sundheds- og socialektoren. Et af resultaterne i analysen er, at omkostningerne i sundheds- og socialektoren i højere grad er drevet af multisygdom end af f.eks. alder og køn. For diabetespatienter viser Somerset-rapporten, at omkostningerne i primærsektoren stiger støt, jo flere kroniske sygdomme en diabetespatient har, men samtidig at omkostningerne til hospitalsindlæggelser stiger nærmest eksponentielt med graden af multisygdom. Det tyder på, at selvom primærsektoren spiller en stor rolle i forhold til multisygdom, så fylder disse patienter samtidig meget i hospitalssektoren.

3 Multisyrge og kompleks multisyrge

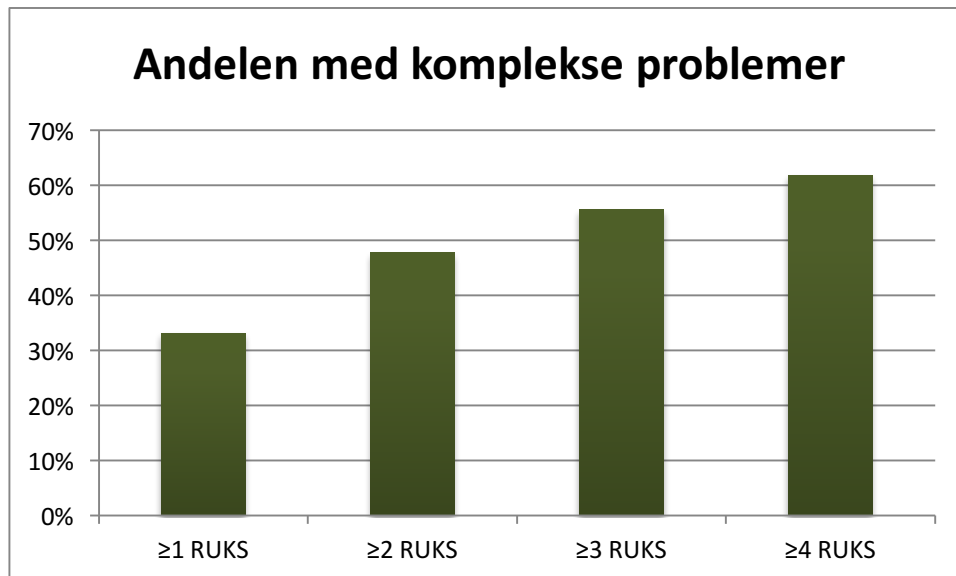
I tabel 1 beskrives forekomsten af multisygdom samt graden af kompleksitet.

Tabel 1. Forekomsten af multisygdom og komplekse patienter					
	N	Kompleksitet			
		Kun RUKS	RUKS + kontanthjælp/førtidspension	RUKS + angst/depression	RUKS + kontanthjælp/førtidspension ELLER angst/depression
Kroniske sygdomme:					
≥1 RUKS	843.806	564.886	106.225	219.128	278.920
≥2 RUKS	126.282	65.923	19.408	50.860	60.359
≥3 RUKS	17.074	7.583	2.344	8.427	9.491
≥4 RUKS	1.705	650	208	976	1.055

Af de ca. 4,3 mio. borgere over 18 år, der bor i Danmark har, omkring 840.000 (20 %) mindst én kronisk sygdom i 2014. Af denne gruppe af borgere med kronisk sygdom kan 126.282 (15 %) defineres som multisyrge (mindst to kroniske sygdomme) - det svarer til godt 3 % af de 18+ årige. En mindre andel af de multisyrge har mere end tre kroniske sygdomme.

Figur 1 viser, at andelen af de kroniske patienter, der også har komplekse problemer, stiger med graden af multisygdom. Således modtager knap halvdelen af de multisyrge personer (≥ 2 RUKS) samtidig kontanthjælp/førtidspension *eller* medicin mod angst/depression, mens andelen stiger til over 60 % for multisyrge med mere end fire kroniske sygdomme.

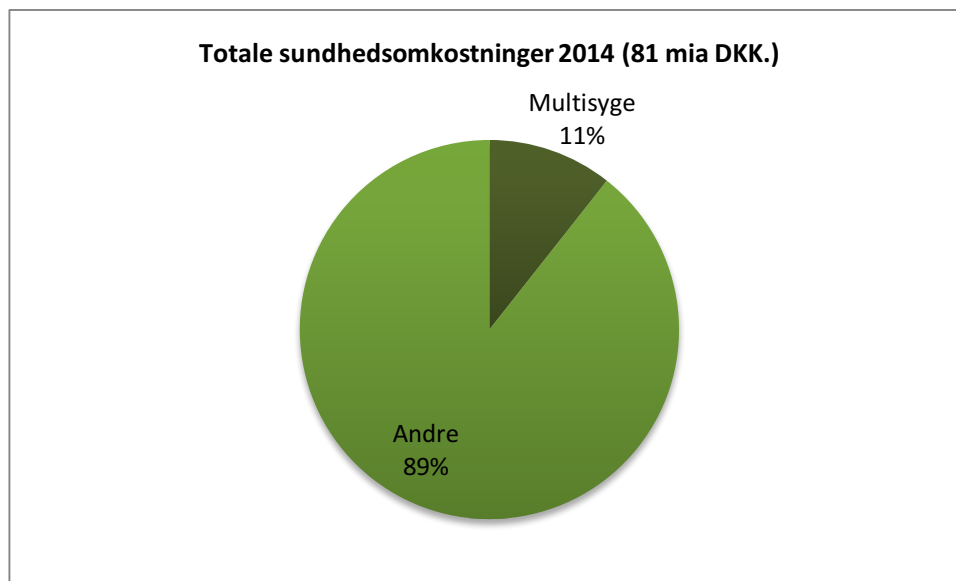
Figur 1: Andelen af kronisk syge og multisyge med komplekse problemer.



Note: Antallet af multisyge er jf. tabel 1: ≥ 1 RUKS N= 843.806, ≥ 2 RUKS, N= 126.281, ≥ 3 RUKS N= 17.074, ≥ 4 RUKS N= 1.705.

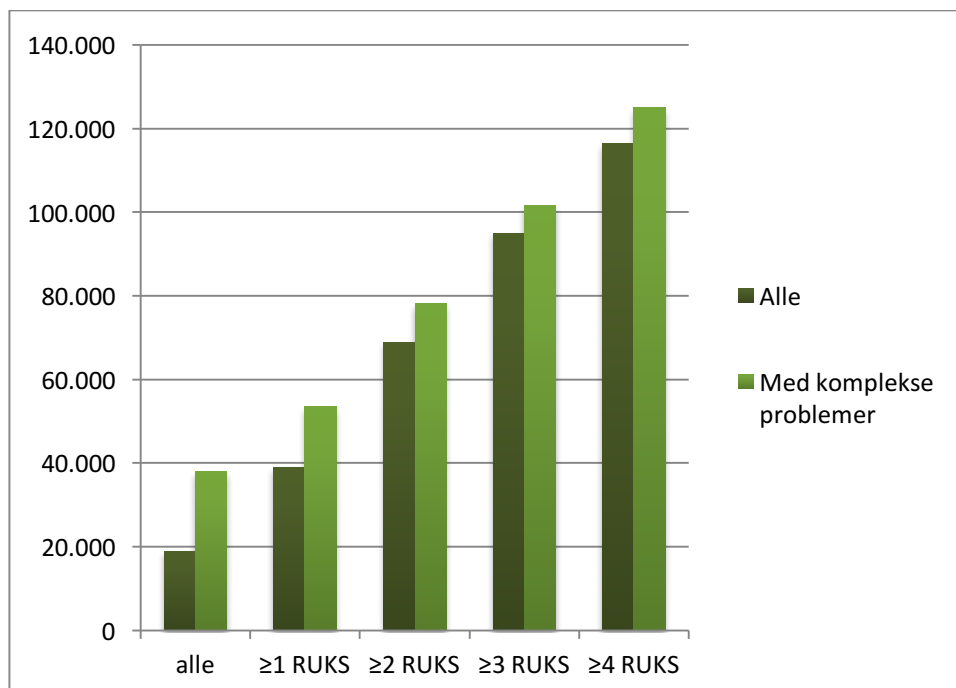
De samlede sundhedsrelaterede omkostninger for borgere over 18 år beløb sig i 2014 til ca. 81 mia. kr. Det svarer til ca. 20.000 per borger. Af de 81 mia. gik godt 9 mia. (11 %) til borgere med mindst to kroniske sygdomme (multisyge). Da de multisyge udgør ca. 3 % af de 18+ årige, svarer det til, at 3 % af befolkningen står for 11 % af omkostningerne. I gennemsnit kostede én multisyg ca. 70.000 i 2014.

Figur 2 Totale sundhedsomkostninger for borgere over 18 år



I figur 3 vises de totale sundhedsrelaterede omkostninger for hhv. multisyge og komplekst multisyge patienter.

Figur 3: Totale sundhedsrelaterede omkostninger i kr. Per person over 18 år i 2014.

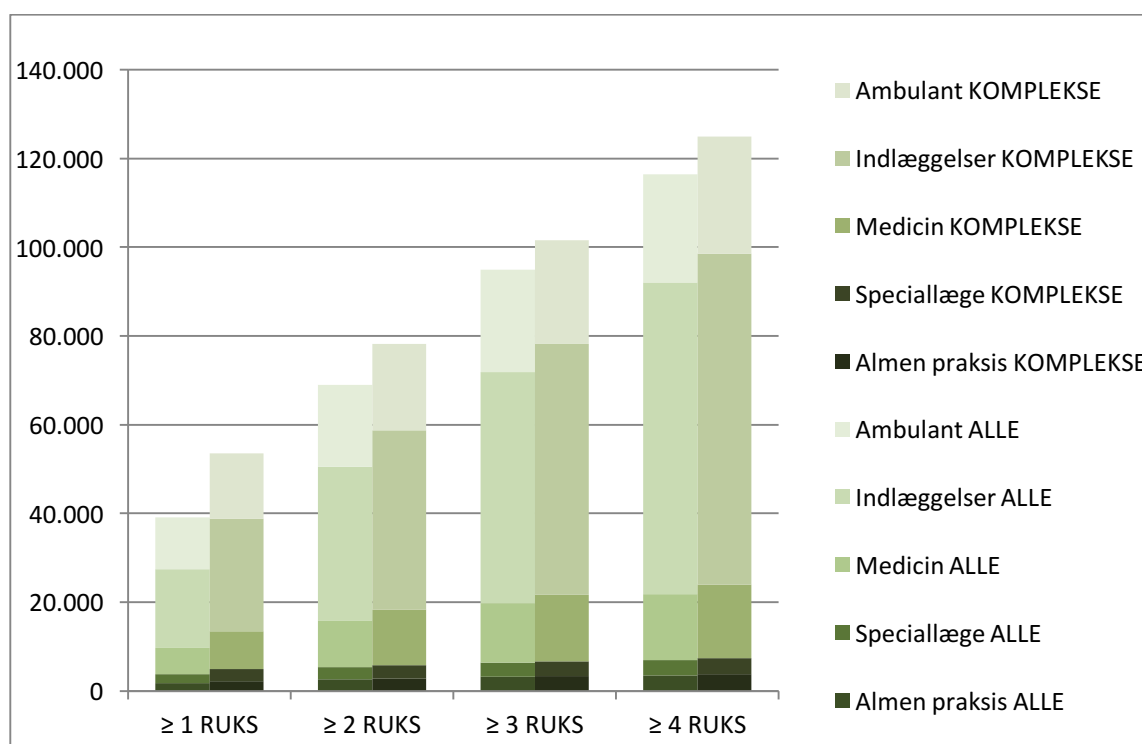


Det fremgår, at det at have komplekse problemer er næsten lige så omkostningsdrivende som kronisk sygdom. Således koster en borger med mindst én kronisk sygdom ca. 40.000 kr. om året - en borger med komplekse problemer,

men uden kronisk, sygdom koster stort set det samme. De totale omkostninger stiger markant med antallet af kroniske sygdomme og er højere, hvis der også er komplekse problemer, men betydningen af komplekse problemstillinger falder med graden af multisygdom. Dette skyldes til dels, at en større andel af meget multisyge har komplekse problemer, sammenlignet med lidt multisyge personer.

I figur 4 ser vi på, hvordan omkostningerne fordeler sig på sektorer. Tabel 2 og 3 viser tallene bag figuren.

Figur 4: Sundhedsrelaterede omkostninger fordelt på sektor. kr. per person.



Figur 4 viser, hvordan omkostningerne stiger med antallet af kroniske sygdomme. De samlede omkostninger for patienter med mindst fire kroniske sygdomme er 123.273 kr., hvoraf omkostninger til ambulante besøg udgør 60 % og almen praksis udgør 3 %. Figuren viser således, at imens meromkostnin-

gerne i den primære sektor er relativt konstante i antallet af kroniske sygdomme, så er der tendens til stigende meromkostninger i den sekundære sektor - især for indlæggelser.

Tabel 2. Omkostninger ved komplekst multisyge patienter (kr.)

	Alle	≥1 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	≥2 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	≥3 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	≥4 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion
Almen praksis	989	2.187	2.797	3.303	3.709
Speciallæge	1.387	2.698	3.049	3.306	3.592
Medicin	2.066	8.558	12.494	15.010	16.601
Indlæggelse	8.244	25.402	40.413	56.620	74.609
Ambulant	6.374	14.662	19.403	23.359	26.373
Total	19.060	53.507	78.156	101.598	124.884

Tabel 3. Omkostninger ved multisyge patienter (kr.)

	Alle	≥1 RUKS	≥2 RUKS	≥3 RUKS	≥4 RUKS
Almen praksis	989	1.731	2.585	3.195	3.527
Speciallæge	1.387	2.093	2.739	3.119	3.373
Medicin	2.066	5.902	10.521	13.432	14.883
Indlæggelse	8.244	17.700	34.609	52.076	70.192
Ambulant	6.374	11.708	18.525	23.077	24.383
Total	19.060	39.134	68.979	94.899	116.358

De totale gennemsnitlige sundhedsomkostninger for en patient med mindst to kroniske sygdomme, som samtidig modtager kontanthjælp/førtidspension eller modtager medicin mod angst/depression er 78.156 kr. i 2014. Heraf udgør omkostninger i den sekundære sektor langt størstedelen. Omkostningerne ved indlæggelser udgør således 51 % af de samlede omkostninger. Omkostningerne i almen praksis udgør 4 %.

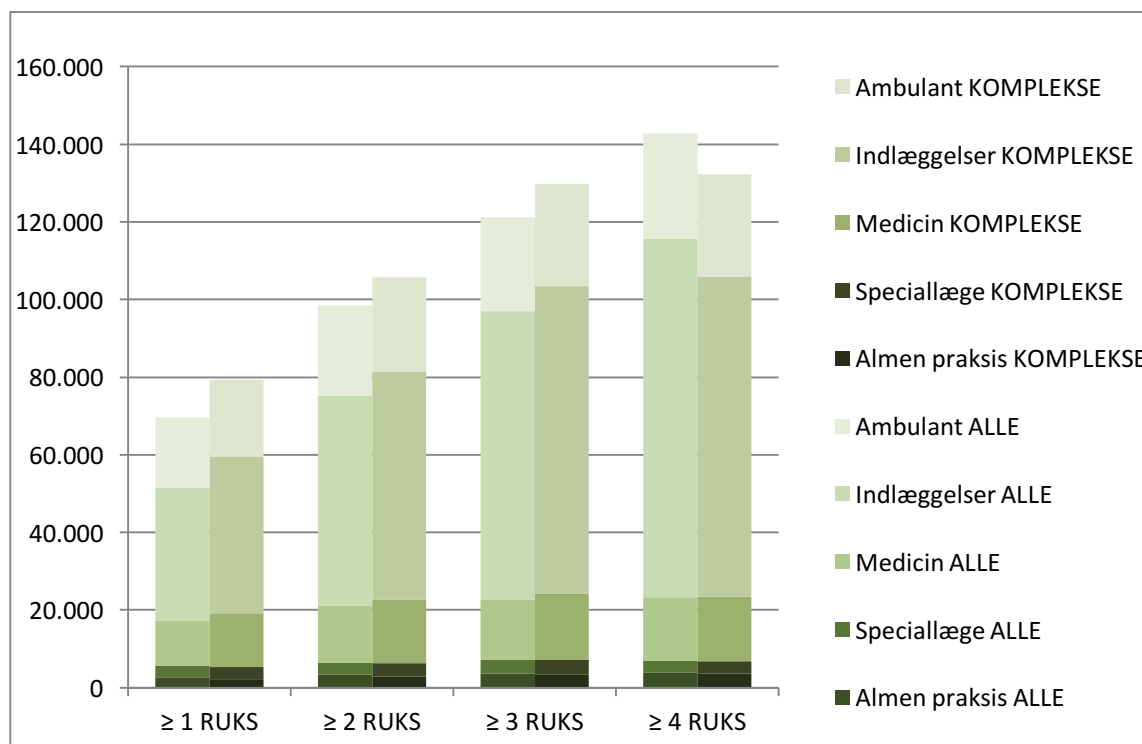
4 Multisyge KOL- og diabetes-patienter

I tabel 4 beskrives forekomsten af multisyge diabetespatienter. Af de 238.027 diabetespatienter har 61.626 (26 %) mindst to kroniske sygdomme, hvilket er 11 procentpoint højere end for baggrundsbefolkningen. 28.461 af diabetespatienterne (11 %) er komplekst multisyge.

Tabel 4: Forekomst af multisyge diabetespatienter			
	N	Kompleksitet	
		+ ≥ 1 RUKS	+ ≥ 1 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depression
Kroniske sygdomme:			
Diabetes	238.027	61.626 26 %	28.461 11 %

Figur 5 viser de samlede omkostninger for multisyge diabetikere og komplekst multisyge diabetikere. Tallene som grafen bygger på, findes i Tabel A1 og A2 i bilag. Som for alle multisyge stiger omkostningerne med antallet af kroniske sygdomme. Sammenlignet med alle multisyge patienter er omkostningerne højere for multisyge diabetikere, imens omkostningerne ved at gå fra 3 til 4, eller flere, kroniske sygdomme er relativt mindre for diabetikere.

Figur 5: Sundhedsrelaterede omkostninger fordelt på sektorer for diabetespatienter. kr. per patient.



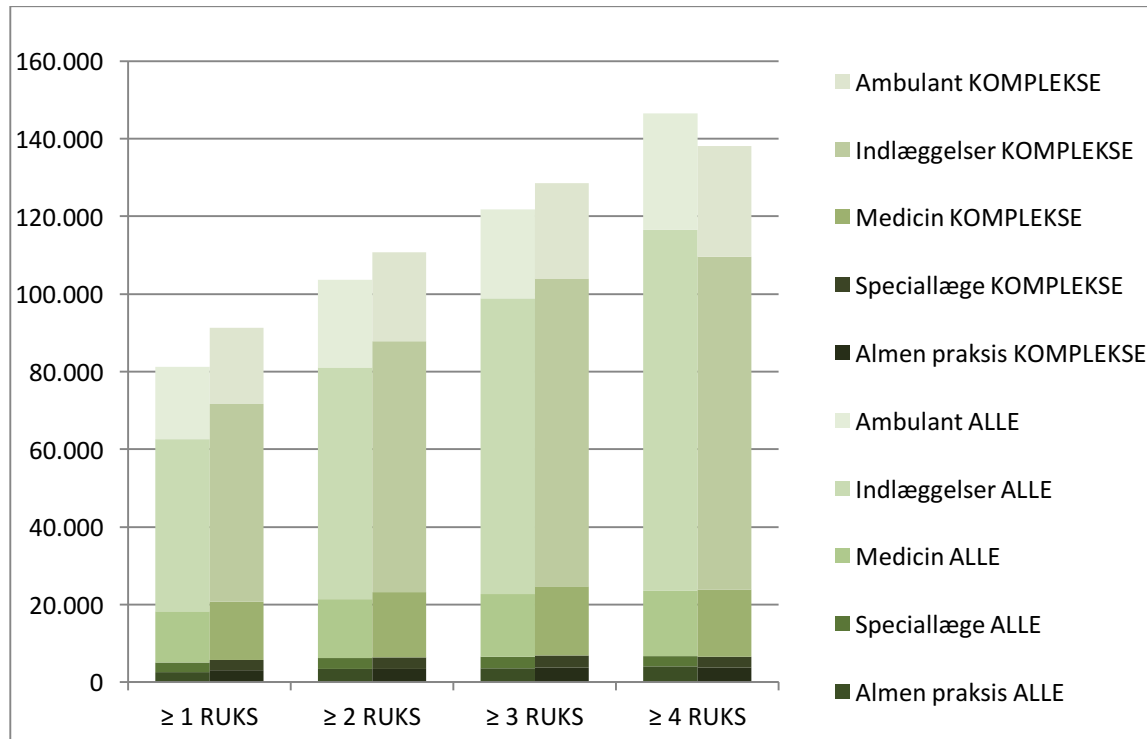
I tabel 5 beskrives forekomsten af multisyge KOL-patienter. Af de 137.308 KOL-patienter har 49.929 (36 %) mindst to kroniske sygdomme, hvilket er 10 procentpoint højere end for diabetespatienter og 21 procentpoint højere end for baggrundsbefolkningen. 25.383 af KOL-patienterne (19 %) er komplekst multisyge.

Tabel 5: Forekomst af multisyge KOL-patienter			
	N	Kompleksitet	
		+ ≥ 1 RUKS	+ ≥ 1 RUKS + kontanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depression
Kroniske sygdomme:			
KOL	137.308	49.929 36%	25.383 19%

Figur 5 og Figur 6 viser de samlede omkostninger til multisyge KOL-patienter og multisyge diabetikere. Tallene, som grafen bygger på, findes i Tabel A3 og A4 i bilag. De sundhedsrelaterede omkostninger til multisyge KOL-patienter er

lidt højere end for multisyge diabetespatienter, men ellers er omkostningsmønstret sammenligneligt for de to grupper.

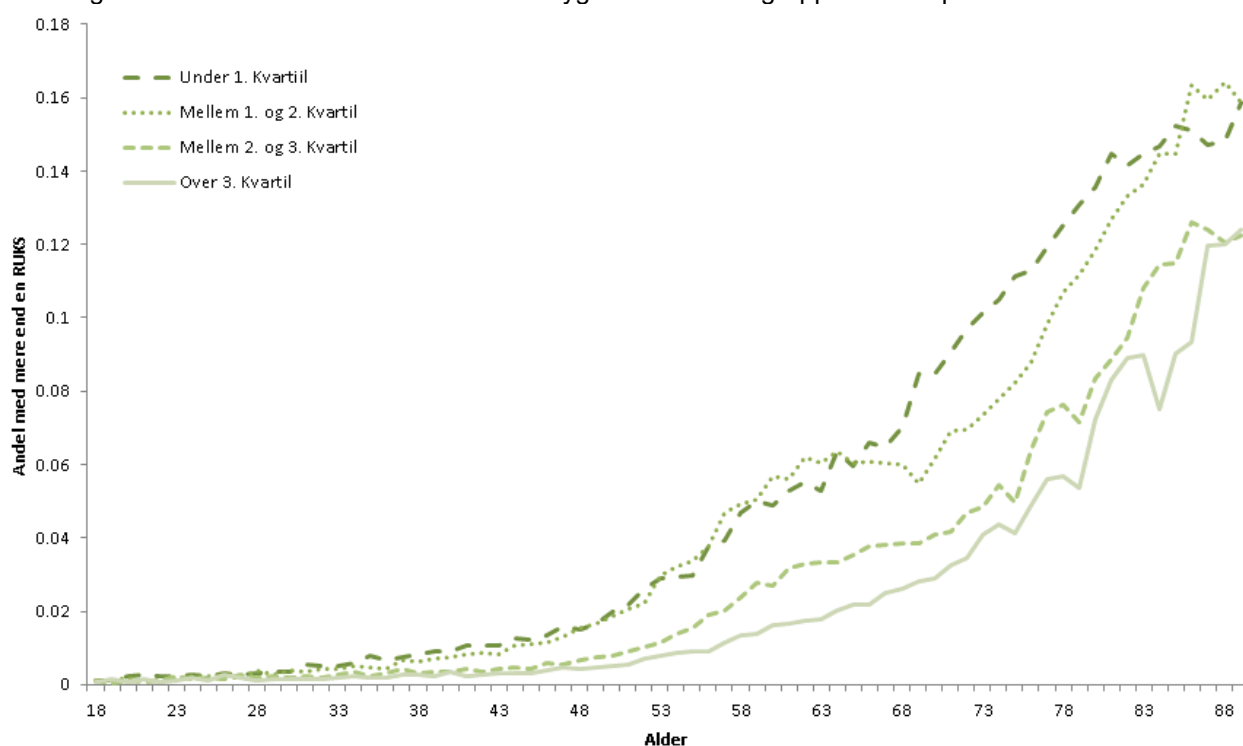
Figur 6: Sundhedsrelaterede omkostninger fordelt på sektorer for KOL-patienter. kr. per patient.



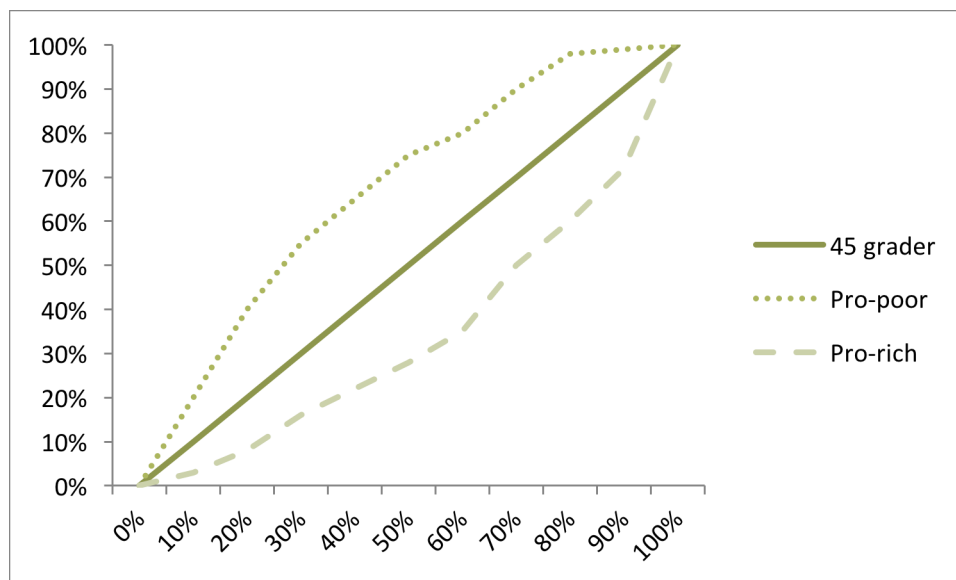
5 Social ulighed i multisygdom

Kroniske sygdomme og multisygdom forekommer hyppigere blandt personer med lav indkomst. Figur 6 viser andelen af befolkningen med mere end én kronisk sygdom fordelt på alder og indkomstkvartil. I 2014 er 4,9 % af de 60-årige i den nederste indkomstkvartil multisyge, hvorimod det samme gør sig gældende for kun 1,7 procent af jævnaldrende i den øverste kvartil.

Figur 6: Andel med mere end én kronisk sygdom for aldersgrupper fordelt på indkomstkvartiler.



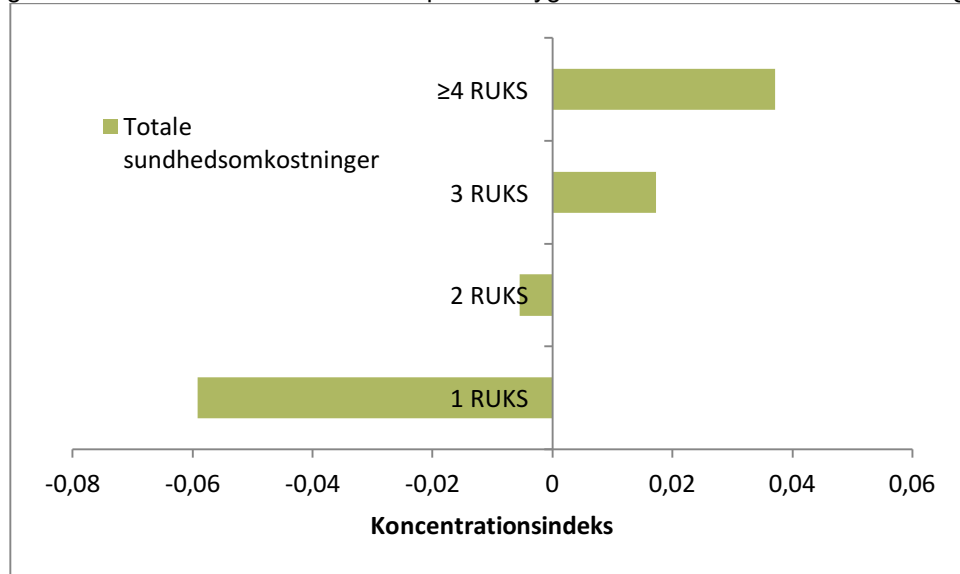
Koncentrationskurver og koncentrationsindeks. Ulighed i fordelingen af sundhedsydelse er i rapporten udtrykt ved koncentrationskurver. Kurverne har de kumulerede sundhedsomkostninger ud ad y-aksen mod den kumulerede befolkning, rangeret efter indkomst, ud ad x-aksen. Kurverne viser, hvor i indkomstfordelingen sundhedsydelse er koncentreret. En lige, 45 graders linje viser en proportionel fordeling af ressourcer på tværs af indkomstfordelingen; det vis sige total lighed i ressourceforbruget. En kurve over 45-graders-linjen viser en uforholdsmæssig andel af omkostninger koncentreret i den lavere del af indkomstfordelingen, også kaldet pro-poor ulighed. En linje under afspejler det modsatte, kaldet pro-rich-ulighed.



En anden måde at udtrykke den målte ulighed på er ved udregning af et **koncentrationsindeks**. Indekset er et mål for arealet imellem lighedslinjen og den observerede linje. Negative indeks indikerer pro-poor ulighed og positive indeks indikerer pro-rich ulighed. Indekset gør det muligt formelt at teste den statistiske signifikans af den fundne ulighed og gør det muligt at konkludere i tilfælde, hvor linjerne krydser hinanden.

I Figur 7 illustreres koncentrationsindeks for totale sundhedsomkostninger fordelt efter antallet af kroniske sygdomme. Koncentrationsindekset er negativt for grupperne med 0, 1 og 2 kroniske sygdomme men bliver positive for grupperne med meget multisygdom. Det betyder at de samlede sundhedsomkostninger i større grad er fordelt på personer med høj indkomst, når man ser på mere multisyge personer

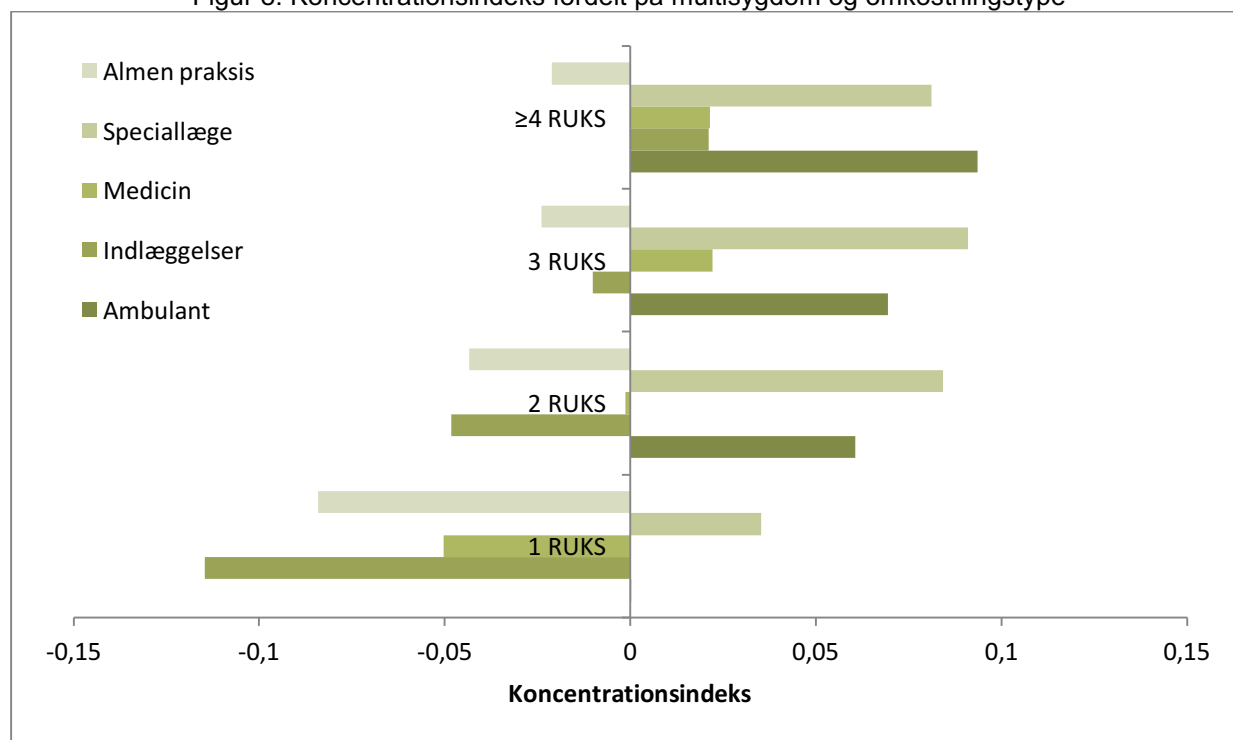
Figur 7: Koncentrationsindeks fordelt på multisygdom – totale sundhedsomkostninger



Figur 8 viser koncentrationsindeks for forbruget af almen læge, speciallæger, hospitalsindlæggelser, medicin og ambulante hospitalsbesøg. Almen læge og hospitalsindlæggelser er primært fordelt på personer med lav indkomst, det modsatte er tilfældet for ambulante besøg og speciallæger. Fælles for alle sundhedsydelserne er, at de i relativt højere grad bliver fordelt til rigere personer, jo flere kroniske sygdomme en person har.

Tabel A5 i bilag viser resultater fra koncentrationsindeks sammen med standardfejl og statistisk signifikans.

Figur 8: Koncentrationsindeks fordelt på multisygdom og omkostningstype



6 Referencer

Kasteridis, Panos, et al. *The importance of multimorbidity in explaining utilisation and costs across health and social care settings: evidence from South Somerset's Symphony Project*. No. 096cherp. 2014.

Regeringen, KL og DR. Nationale mål for sundhedsvæsenet. Netpublikation. 2016

SSI, Afdeling for Sundhedsanalyser. *Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet*, 2015.

SSI, Afdeling for Sundhedsanalyser. *Borgere med multisygdom*, 2015.

SSI, Afdeling for Sundhedsanalyser. *Store udgifter forbundet med multisygdom*, 2015.

7 Bilag

Bilagstabeller

Tabel A1. Omkostninger ved multisyge diabetespatienter (kr.)

	Kun diabetes	Diabetes + ≥ 1 RUKS	Diabetes + ≥ 2 RUKS	Diabetes + ≥ 3 RUKS	Diabetes + ≥ 4 RUKS
Almen praksis	2.148	2.734	3.354	3.651	3.792
Speciallæge	2.430	2.842	3.194	3.540	32.14
Medicin	8.162	11.595	14.581	15.508	16.207
Indlæggelse	21.141	34.356	54.107	74.354	92.394
Ambulant	13.573	18.086	23.162	24.135	27.170
Total	47.454	69.613	98.398	121.188	139.563

Tabel A2. Omkostninger ved komplekst multisyge diabetespatienter (kr.)

	Kun diabetes	Diabetes + ≥ 1 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	Diabetes + ≥ 2 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	Diabetes + ≥ 3 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	Diabetes + ≥ 4 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion
Almen praksis	2.148	2.955	3.460	3.821	3.570
Speciallæge	2.430	3.199	3.434	3.798	3.095
Medicin	8.162	13.802	16.403	17.244	16.726
Indlæggelse	21.141	40.357	58.702	79.147	82.288
Ambulant	13.573	19.785	24.413	26.286	26.410
Total	47.454	80.098	106.412	130.296	132.089

Tabel A3. Omkostninger ved multisyge KOL-patienter (kr.)

	Kun KOL	KOL + ≥ 1 RUKS	KOL + ≥ 2 RUKS	KOL + ≥ 3 RUKS	KOL + ≥ 4 RUKS
Almen praksis	2.284	2.586	3.345	3.558	3.991
Speciallæge	2.068	2.446	2.794	2.995	2.679
Medicin	10.398	13.248	15.253	16.219	16.883
Indlæggelse	31.888	44.371	59.745	76.117	92.878
Ambulant	15.073	18.543	22.543	22.868	30.117
Total	61.711	81.194	103.680	121.757	146.548

Tabel A4. Omkostninger ved komplekst multisyge KOL-patienter (kr.)

	Kun KOL	KOL + ≥ 1 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	KOL + ≥ 2 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	KOL + ≥ 3 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion	KOL + ≥ 4 RUKS + kon- tanthjælp/ førtidspension ELLER angst/depres- sion
Almen praksis	2.284	3.036	3.443	3.673	3.738
Speciallæge	2.068	2.712	2.971	3.227	2.739
Medicin	10.398	14.945	16.787	17.851	17.346
Indlæggelse	31.888	50.922	64.547	79.247	85.729
Ambulant	15.073	19.656	23.058	24.491	28.499
Total	61.711	91.271	110.806	128.489	138.051

Noter:

Tabel A5. Koncentrationsindeks med standardfejl

	1RUKS	2RUKS	3RUKS	4RUKS
Total	-0,059 (0,002)	-0,005 (0,003)	0,017 (0,007)	0,037 (0,017)
Almen praksis	-0,084 (0,001)	-0,043 (0,001)	-0,024 (0,004)	-0,021 (0,013)
Speciallæge	0,035 (0,001)	0,084 (0,003)	0,091 (0,008)	0,081 (0,023)
Indlæggelse	-0,115 (0,003)	-0,048 (0,005)	-0,010 (0,01)	0,021 (0,024)
Ambulant	0,000 (0,002)	0,061 (0,005)	0,069 (0,013)	0,094 (0,031)
Medicin	-0,050 (0,001)	0,001 (0,001)	0,022 (0,003)	0,022 (0,007)
n	678.300	105.505	14.908	1.640

Note: Indeks markeret med **fed** er statistisk forskellige fra 0 (lighed) på et 5 % signifikansniveau.